MÉMOIRE

SUR L'EXCISION

DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM,

DEVENUE CARCINOMATEUSE.

Par J. Lisfranc,

Chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, Membre titulaire de l'Académie de Médecine, Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc.

PARIS.

IMPRIMERIE DE CH. DEZAUCHE,

FAUBOURG MONTMARTRE, N° 11.

1830.

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

MÉMOIRE

SUR L'EXCISION

DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM,

DEVENUE CARCINOMATEUSE.

Dans le dernier mémoire que j'ai lu à l'académie, j'ai montré que la nature, opposant des barrières à l'envahissement des affections cancéreuses, il était possible à l'art de la suivre dans cette direction, en n'enlevant que les parties des organes dont, en quelque sorte, elle indiquait elle-même le sacrifice. Je l'ai tenté et j'ai réussi, comme on l'a vu, contre les cancers de la verge, de la langue et du vagin : l'art prescrivait l'ablation complète de ces organes, je les ai conservés.

Mais la chirurgie tendait au moins une main secourable à ces malades ; car quoiqu'elle leur imposât un grand sacrifice, elle leur conservait la vie. Il n'en est pas ainsi dans les cancers confirmés qui affectent la partie inférieure du canal intestinal ; l'art avait reconnu et proclamé son impuissance à ce sujet ; les malades étaient voués à une mort inévitable : et quelle mort ! quelle douleur ! Notre hôpital m'en offrait si souvent le déchirant spectacle, que le sentiment pénible que j'éprouvais, à leur aspect, me ramenait involontairement à l'idée de tenter quelque moyen qui pût leur être utile : les opérations dont j'ai rendu compte dans l'une des dernières séances, m'en firent naître l'espoir, et cet espoir je le saisis avec quelque confiance.

Cependant avant de m'engager dans des opérations nouvelles condamnées d'avance par les Morgagni, les Desault et tous les chirurgiens

célèbres de notre époque, je devais chercher à m'assurer si les craintes qu'ils avaient eues de porter l'instrument sur les cancers qui m'occupent étaient bien fondées; je devais tâcher de voir par des recherches nouvelles, si quelques dispositions favorables à ces opérations ne leur auraient point échappé; je devais surtout préciser avec rigueur les limites du péritoine, dont la proximité paraissait l'un des principaux obstacles au succès de l'excision de la partie inférieure du canal intestinal.

Les recherches nombreuses que j'ai faites à ce sujet m'ont convaincu que le péritoine s'arrêtait à six pouces de la terminaison du rectum chez la femme, et à quatre pouces chez l'homme; j'ai injecté partiellement beaucoup de bassins appartenant à l'un et à l'autre sexe, j'ai vu que la grande quantité de vaisseaux qui entourent la fin du rectum pouvaient être ouverts sans de graves inconvéniens; la disposition du tissu cellulaire qui environne le dernier intestin, les courbures qu'offre sa partie inférieure, m'ont montré qu'une incision ovalaire étant pratiquée sur la peau qui entoure l'anus, on pouvait aisément faire beaucoup saillir au dehors l'intestin, et faciliter de cette manière l'application des instrumens; je m'étais assuré que le tissu lamineux qui unit le rectum au vagin chez la femme, et à l'urètre chez l'homme, permettait de séparer ces organes avec une grande facilité, à l'aide du doigt indicateur: enfin l'anatomie comparée m'a fait connaître qu'il existe un second sphincter, situé au-dessus des premiers; toutes ces notions, que nos maîtres de l'art n'avaient point énoncées, dissipèrent les craintes qu'avait fait naître en moi leur pronostic désespérant, et je me décidai à tenter l'ablation des cancers du rectum.

Quant aux inflammations dont on redoutait trop les suites, nous pouvions en calculer approximativement les effets, par les opérations que nous pratiquions souvent dans le bassin; ainsi lorsque nous faisons la taille sous-pubienne, nos instrumens pénètrent au-delà du périnée; dans la fistule à l'anus nous fendons l'intestin et le tissu cellulaire qui l'environne dans une grande étendue; dans l'ablation des callosités fistulaires nous sacrifions beaucoup de tissus qui avoisinent la fin du rectum incisé; dans les plaies qui traversent l'intestin dans les vastes abcès qui résultent d'une crévasse du rectum, nous maîtrisons presque

toujours les inflammations consécutives qui peuvent se développer. Je savais d'ailleurs que Faget avait guéri un malade chez lequel il pratiqua l'excision d'un pouce et demi de la partie inférieure du canal intestinal denudée dans toute la circonférence, par de vastes abcès qui avaient complètement détruit le tissu cellulaire des deux excavations ischiorectales.

Mais comme le précepte fondamental de la chirurgie est d'éviter d'être nuisible aux malades, tout en cherchant à leur être utile, je ne marchai que progressivement dans l'ablation des cancers du rectum. D'abord j'enlevai ceux qui envahissaient une partie des sphyncters ; je détruisis ensuite ceux qui siégeaient dans toute l'épaisseur de ces muscles, et enfin, de proche en proche, je m'élevai jusqu'à trois pouces et demi de l'ouverture du rectum.

Je vais faire connaître, dans ce mémoire, le résultat de mes opérations : je serai obligé d'entrer dans des détails minutieux dont l'académie peut apprécier d'avance la nécessité et toute l'importance.

Avant tout examinons les circonstances dans lesquelles nous croyons l'opération praticable.

1° Il faut qu'avec le doigt indicateur on puisse dépasser les limites supérieures du mal qui a résisté à l'usage de tous les moyens ordinaires, et qui menace le malade d'une mort certaine ;

2° On s'assurera, autant que possible, de l'épaisseur du cancer autour du rectum : quand le tissu cellulaire qui environne la partie inférieure du canal intestinal est sain, l'intestin est mobile et se laisse abaisser ; notre opinion est qu'alors on doit opérer. Lorsqu'au contraire le cancer s'étend beaucoup plus loin, et qu'il remonte d'ailleurs assez haut, je laisse à l'expérience le soin de décider la question.

Exposons maintenant ici quelques données d'anatomie chirurgicale ; elle est le pivot sur lequel doivent rouler toutes les méthodes, tous les procédés opératoires.

1° Chez la femme adulte, le diamètre antéro-postérieur du périnée est d'un pouce ; il peut varier et n'offrir que deux ou trois lignes ;

2° Dans l'un et l'autre sexe, la distance de l'anus à la partie inférieure du coccix est d'un pouce six lignes ; l'intervalle qui existe entre l'orifice inférieur du rectum, et la base de cet os est de deux pouces ;

3° Chez la femme, une incision ovalaire étant pratiquée à trois quarts de pouce environ de l'orifice inférieur du canal intestinal, la dissection étant portée jusqu'à l'intestin sur lequel on exerce de légères tractions, il est possible, comme on peut s'en convaincre sur le cadavre, d'enlever, sans s'exposer à blesser le vagin, deux pouces des faces latérales et postérieures de cet organe ; la saillie qu'il forme en avant n'est que de seize lignes, à cause des adhérences intimes qu'il a, en cet endroit, avec le vagin : ces adhérences formées par des fibres musculaires, par un tissu aponévrotique et par un tissu cellulaire fort dense et très-serré, s'étendent du tissu adipeux sous-cutané, à trois lignes environ de profondeur ; nous avons dit que plus loin on pourra séparer avec le doigt indicateur le rectum du vagin jusqu'à l'insertion du péritoine ;

4° Chez l'homme et chez la femme, des tractions étant exercées sur le rectum dont la saillie est déterminée par l'effacement de ses courbures, le péritoine descend à peine d'une ligne ; on s'en assure, l'abdomen du cadavre étant ouvert ;

5° Chez les femmes, quand on dissèque jusqu'à l'insertion du péritoine sur le rectum, et qu'on fixe sur la partie inférieure de cet organe des airignes pour exercer sur lui de légères tractions, on trouve entre l'extrémité inférieure de l'intestin et la membrane séreuse de l'abdomen, la distance de six pouces en avant et sur les côtes ; en arrière, la disposition du méso-rectum permettrait de remonter beaucoup plus haut ;

6° Dans l'homme on trouve quatre pouces depuis l'anus jusqu'au péritoine, et après avoir incisé autour du rectum et disséqué jusqu'à cet intestin soumis à de légères tractions, on peut enlever un pouce et demi de toute sa circonférence, sans courir le risque de blesser l'urètre.

7° Au-devant de la prostate, ce canal n'est en rapport avec le rectum, auquel il est d'ailleurs uni, ainsi que la vessie, par un tissu cellulaire fin et élastique, que dans l'étendue d'un quart de pouce ; quand l'urètre arrive dans le périnée, il s'éloigne d'autant plus de l'intestin qu'il se porte davantage en avant, et depuis le point où il abandonne l'intestin jusqu'à la peau, il forme avec l'axe du canal intestinal un angle à sinus inférieur, d'environ vingt degrés ; les tissus renfermés dans cet angle sont trop connus pour que je les indique ; je ferai seulement remarquer

qu'il est impossible de disséquer avec le doigt, jusqu'à ce que le bistouri les ait dépassés.

8° Les artères, hémorrhoïdale inférieure, la branche superficielle de la honteuse interne, la transverse du périnée, les hémorrhoïdales moyennes, et les rameaux de terminaison de l'hémorrhoïdale supérieure, sont les seuls vaisseaux importans qu'on est exposé à léser ; la ligature ou la compression n'en est pas impossible ; on peut répondre de l'hémorragie dans l'opération que je vais décrire.

Le malade est placé comme si on voulait pratiquer l'opération de la taille latéralisée.

Le chirurgien fait à un pouce environ de l'anus deux incisions semi-lunaires, qui divisant les parties jusqu'aux couches superficielles du tissu cellulaire, se réunissent en arrière et en avant du rectum ; on dissèque ensuite, en dirigeant le bistouri perpendiculairement sur l'intestin qui est isolé de toutes parts. Le doigt indicateur à demi fléchi est introduit dans sa capacité ; il exerce sur lui des tractions qui le font beaucoup saillir en bas, et qui peuvent mettre la membrane muqueuse seule ou presque seule malade, dans un grand état de procidence ; ainsi, il est fort aisé, avec les ciseaux courbes sur le plat ou avec le bistouri, d'en réséquer une très-grande étendue, et lors même que le cancer occuperait toute l'épaisseur des parois de l'intestin, pourvu qu'il ne s'élevât pas à plus d'un pouce au-dessus de l'anus, on pourrait encore renverser le rectum sur lui-même, de manière à mettre toute la maladie à découvert. On incise alors parallèlement à l'axe du tronc la portion renversée de l'intestin, et on l'excise avec de forts ciseaux courbes sur le plat.

Le cancer a-t-il envahi la totalité des tuniques de l'intestin et quelques couches des tissus qui l'environnent ? Il faut après avoir fait les deux incisions semi-lunaires et après avoir disséqué la partie inférieure du rectum dans toute sa circonférence, pratiquer avec de forts ciseaux droits dirigés sur le doigt indicateur introduit dans l'intestin, une incision parallèle à son axe qui intéresse toute son épaisseur et qui est prolongée jusqu'au-dessus des limites du mal ; on la fait sur la partie postérieure du rectum où l'on rencontre moins de vaisseaux, et où l'on a moins à craindre de blesser le péritoine ; cette incision a le grand avantage de permettre de dérouler l'intestin et de montrer la maladie dans

toute son étendue ; si trop de sang la masque, on met dans la plaie pendant deux ou trois minutes, une éponge imbibée d'eau froide, et l'on peut opérer ensuite comme sur le cadavre : plusieurs airignes sont fixées sur la partie inférieure du canal intestinal afin de la tenir abaissée.

Lorsqu'on opère chez la femme, les doigts d'un aide placés dans le vagin sont très-utiles ; chez l'homme, une sonde est introduite dans la vessie : on la confie à un chirurgien intelligent. On procède ensuite à la dissection du cancer, bien plus difficile, sans contredit, sur le vagin et sur l'urètre ; elle est longue, laborieuse ; elle exige une grande patience et beaucoup d'habitude des opérations : autant que possible, je lie les vaisseaux à mesure que je les ouvre ; dans le but de prévenir les inflammations, je ne me hâte jamais de tamponner la plaie ; et si j'ai recours au tamponnement, je l'enlève après quelques heures, pour qu'il irrite moins ; cette méthode m'a bien réussi.

Craignant de produire trop d'irritation, je panse à plat pendant plusieurs jours ; j'introduis ensuite une très-grosse mèche de charpie, que je conseille aux malades de porter quelque temps après leur guérison, qui, dans les cas graves, se fait attendre deux ou trois mois. Les phénomènes nerveux, les inflammations, sont combattus par les narcotiques et les antiphlogistiques ; l'écoulement du pus est favorisé par des pansements répétés trois fois par jour. Je ne m'appesantis pas sur ces détails dans la crainte d'abuser de l'attention de l'Académie : je suivrai la même marche en citant les faits que je vais rapporter en faveur de mes idées ; on pourrait consulter, pour de plus amples détails, les écrits de mes élèves.

Un fait qui a beaucoup frappé l'attention, c'est de savoir ce qui a lieu, après notre opération, sous le rapport de la défécation : n'a-t-on enlevé que la membrane muqueuse, ou une partie des sphincters inférieurs, ou même la totalité de ces muscles ? Le rectum exécute ses fonctions comme à l'ordinaire. A-t-on réséqué l'intestin à une assez grande hauteur et dans toute son épaisseur, il se forme aux dépens des fibres musculaires de celui-ci, et peut-être aussi de l'insertion de celles du releveur de l'anus, une espèce de bourelet en forme de sphincter à la partie supérieure de la cicatrice dont la pellicule qui s'étend depuis l'intestin jusqu'à la peau, paraît être d'organisation muqueuse accidentelle ;

elle a fourni chez une malade, pendant quelque temps, après la guérison, un léger suintement muqueux. Le canal artificiel qui, des tégumens remonte à la partie inférieure de l'intestin excisé fort haut, offre au toucher la disposition d'une sorte de Z, disposition extrêmement heureuse que la nature, toujours prévoyante, a opposée à l'incontinence des matières fécales. Ces matières sont en effet, retenues comme dans l'état normal, lorsqu'elles ne sont pas liquides; seulement quand elles sont un peu trop dures, elles séjournent quelquefois dans le canal inerte résultant de notre opération; il est facile de les en extraire à l'aide du doigt ou d'un lavement. Lorsque le résidu de la digestion est très-liquide, et qu'il existe une irritation des intestins, les opérés sont obligés de se présenter très-souvent à la garde robe; ils sont même quelquefois forcés, pour retenir leurs matières, de mettre dans la partie inférieure du conduit formé par la cicatrice, un bourdonnet de charpie qui les contient parfaitement bien, et qui n'occasionne aucune incommodité; ils l'enlèvent pour aller à la selle. Les inconvéniens que je viens de signaler me paraissent trop légers pour être mis en balance avec une maladie qui entraîne après elle nécessairement, la mort précédée de tout ce que la douleur physique a de plus affreux.

J'arrive enfin aux faits sur lesquels j'appuie mes opérations; j'ai dit que je les exposerais brièvement : je ferai remarquer que les deux plus graves ont été présentés à l'Académie, section de chirurgie, et que les deux malades ont été reconnus guéris.

Obs. I. — Poulain, Joseph, entra à l'hôpital de la Pitié le 8 février 1826. Cet homme portait depuis quinze ans des hémorrhoïdes volumineuses, devenues squirrheuses; cette dégénérescence fut constatée par les symptômes de la tumeur qui remontait à un pouce environ dans le rectum; l'anatomie pathologique fit aussi reconnaître le tissu squirrheux et cancéreux.

J'opérai Poulain le 13 février; je lui enlevai environ deux pouces de la membrane muqueuse malade; les sphyncters inférieurs furent entièrement sacrifiés; une hémorrhagie qui exigea le tamponnement donna lieu à quelques syncopes; il ne survint d'ailleurs aucun autre accident. Le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri, le 12 avril de la même année. La défécation se faisait comme à l'état normal.

Obs. II.— Madame B..., parente de l'un des membres de cette académie, avait toujours éprouvé d'assez grandes difficultés d'aller à la selle; on pensa qu'elle

avait un rétrécissement congénial de l'anus. Dans l'âge adulte, des hémorrhoïdes survinrent. Depuis un an, un écoulement léger, mais de mauvaise nature, avait lieu; le docteur Gondret était médecin ordinaire de la maison. Je fus appelé; la malade souffrait horriblement : nous reconnûmes, dans l'orifice inférieur du rectum, et autour de lui, un bourrelet; le doigt indicateur faisait reconnaître, jusqu'à la hauteur de deux pouces environ, des indurations, des ulcérations et du ramollissement de la membrane muqueuse. MM. les professeurs Landré-Beauvais, Fouquier et Andral, partagèrent unanimement, avec le docteur Gondret et nous, l'idée d'une opération que je leur proposai et que je pratiquai. J'excisai deux pouces de la membrane muqueuse; je détruisis entièrement les sphyncters inférieurs; point d'hémorrhagie; guérison en six semaines; défécation à l'état normal.

Obs. III. — Françoise Martin vint à l'hôpital de la Pitié nous demander des soins, le 15 juillet 1828; elle souffrait depuis long-temps dans la partie inférieure du rectum. Un traitement antisiphylitique avait été vainement employé. Cette femme portait une ulcération cancéreuse sur le côté droit du rectum; le doigt faisait reconnaître qu'elle remontait à la hauteur d'environ un pouce; qu'elle occupait à peu près le tiers de la circonférence de l'intestin, malade d'ailleurs dans toute son épaisseur. La totalité du mal fut enlevée avec des ciseaux, qui sacrifièrent en hauteur un pouce et demi de la partie inférieure du canal intestinal; aucun accident. Guérison le 28 octobre de la même année. Défécation normale.

Obs. IV. — Alexandre Dudault était affecté d'un cancer qui, siégeant autour du rectum, pénétrait à un pouce dans l'intérieur de cet intestin. Je fis, le 20 novembre 1828, l'excision d'un pouce et demi de la partie inférieure du canal intestinal. Une seule artère fut liée. Le 25 janvier 1829, il sortit de l'hôpital de la Pitié; je l'ai vu en ville, il jouit de tous les bénéfices de l'opération.

Obs. V. — Lise Fanière portait sur le rectum un cancer, qui s'étendait à trois pouces au-dessus de l'anus; je l'opérai le 17 août 1828; j'excisai trois pouces et demi de l'intestin. Aucun accident grave ne se fit remarquer; la plaie fut complétement cicatrisée le 25 novembre. Pour mieux constater la guérison, j'ai gardé cette femme à l'hôpital jusqu'au 28 avril 1829; elle ne s'est pas démentie. Lise Fanière a été présentée à l'académie; c'est chez elle que persistait un suintement léger, simple et muqueux; c'est elle qui est obligée, quand elle a le dévoiement, de se servir d'un bourdonnet de charpie pour retenir les fèces; d'ailleurs la défécation est ordinairement normale.

Obs. VI. — Marie Lefèvre avait au rectum un cancer ulcéré, qui remontait à la hauteur de trois pouces. Je l'ai opérée le 15 mai dernier. J'ai emporté trois pouces de la partie inférieure de l'intestin; j'ai lié une artère; des accidens inflammatoires et nerveux cédèrent aux narcotiques et aux antiphlogistiques. Le 25 juillet la guérison est complète. La malade, qui a été montrée à l'académie

de médecine, conserve ses matières fécales, et ne les rend qu'à volonté, lors même qu'elles sont liquides.

Voilà la part des succès; mais, messieurs, la médecine opératoire a aussi ses revers. Sur neuf malades, j'en ai perdu trois; c'est trop, sans doute; cependant, je ferai remarquer que beaucoup de grandes opérations sanctionnées par l'expérience, ne donnent pas toujours des résultats aussi avantageux, puisque dans des cas où les sujets étaient voués à une mort certaine, j'en ai sauvé six sur neuf par mes nouvelles opérations.

Les malades qui ont succombé avaient des cancers très-étendus : l'une est morte le quatrième jour de l'opération : comme à la suite de certaines tailles, l'autopsie nous a fait voir une infiltration purulente qui remontait derrière le péritoine jusqu'au-dessous des reins. La seconde a succombé vingt-cinq jours après avoir été opérée : l'ouverture du corps n'a montré qu'une inflammation des veines du bassin; elles contenaient beaucoup de pus. Enfin, le troisième malade dont nous n'avons pas pu faire l'autopsie, est mort, je crois, d'une péritonite suraiguë, le troisième jour de l'opération.

Baglivi disait qu'un des moyens de perfectionner l'art de guérir, était de soumettre de loin en loin les maladies réputées incurables à un nouvel examen. De cette manière, ajoutait-il, on pourrait voir si des lumières nouvelles ou des connaissances acquises, mais jusque-là ignorées, ne permettraient pas contre les affections incurables, des tentatives probables de guérison; c'est ce précepte que j'ai mis en pratique contre l'incurabilité présumée des cancers confirmés du rectum.

Partant de l'idée que comme ceux des autres organes, ces cancers pouvaient être tantôt superficiels, et tantôt profonds, j'ai pensé que dans l'état présent de la chirurgie, on pouvait en tenter la guérison.

Leur ablation avait, il est vrai, été jugée impraticable; mais des recherches anatomiques approfondies m'ayant fait espérer le contraire, j'ai dû y recourir pour chercher à préserver d'une mort inévitable les malades qui en étaient atteints.

J'ai procédé dans ces nouvelles opérations du simple au composé : j'ai attaqué d'abord les cancers superficiels; puis de proche en proche,

je me suis élevé dans l'intérieur du rectum aussi haut que peuvent parvenir la main et l'instrument du chirurgien. Sur neuf malades que j'ai opérés, six ont complétement guéris; trois ont succombé; ainsi les chances de succès sont aux chances d'insuccès comme deux sont à un.

Mais par la suite, les chances de succès seront beaucoup plus favorables; car on a dû remarquer que les malades que j'ai perdus, étaient tous affectés de cancers profonds; or, si l'art possède maintenant un moyen de les guérir dans leur début et quand ils sont encore superficiels, on pourra les attaquer et en délivrer les malades, quand tout assurera les succès de l'opération.

Ces opérations n'offriront plus dès-lors que les chances d'insuccès communes à tous les procédés opératoires de la chirurgie. C'est le résultat que je crois avoir atteint.

(*Extrait du n° 37 de la* Gazette médicale de Paris.)